

Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años

Ferran Viñas Poch, M^a Claustre Jane Ballabriga* y Edelmira Domènech Llaberia*
Universitat de Girona y * Universitat Autònoma de Barcelona

El objetivo de este estudio es la evaluación de la ideación suicida infantil y su severidad a partir de la información proporcionada por el propio niño. Para ello se ha aplicado el *Children's Depression Inventory* a una muestra representativa de 361 escolares de edades comprendidas entre los 8 y 12 años. Un mes más tarde se ha verificado la persistencia de los deseos de morir mediante la *Children's Depression Rating Scale-Revised*. Se evalúa la severidad de la ideación suicida autoinformada con relación a la persistencia, la alteración del estado de ánimo y el conocimiento intelectual de la muerte. Los resultados indican que la persistencia de la intencionalidad suicida esta asociada a una mayor sintomatología depresiva.

Assessment of self-report suicidal ideation severity in 8 to 12 years old school children. The aim of this study is to assess the severity of self-report child suicidal ideation. The Children's Depression Inventory was administered to random sample of 361 school children aged 8 to 12 years-old. A month later, the persistence of death desires was reassessed by using the Children's Depression Rating Scale-Revised. The severity of child suicidal ideation was evaluated and related to affective symptomatology and to the intellectual knowledge of death. The results shown that the persistence of suicidal was associated with a higher depressive symptomatology.

Cuando hablamos de conductas suicidas no solo nos referimos al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado. No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y estas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados, es probable, tal como apuntan Wilde, Kienhorst y Diekstra (1996), que este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico.

Por otra parte, la ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en niños y adolescentes, que en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal (Canino, 1999). Y es que ciertamente las cifras que se aportan son muy elevadas. Según una revisión realizada por Diekstra, Kienhorst y Wilde (1995) entre el 15% y el 53% de los adolescentes habrían deseado alguna vez morir.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, como el de Pfeffer, Lipkins, Plutchick y Mizruchi (1988), parecen indicar una cierta estabilidad en un considerable porcentaje de casos, concretamente el 50% después de dos años de seguimiento. Mas recientemente, Domènech-Llaberia, Canals y Fernández-Ballart (1992) han observado que el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños mantiene estas ideas después de tres años de seguimiento. Además de la persistencia, otro importante factor de riesgo para la conducta suicida es la depresión. Numerosos estudios (Taylor y Stansfeld, 1984; Hoberman y Garfinkel, 1988; Vélez y Cohen, 1988; Runeson 1989; Myers, McCauley, Calderon y Treder 1991; Domènech, Canals y Fernández-Ballart, 1992; Marciano y Kazdin, 1994; Domènech, Aliaga, Comellas, Mitjavila y Obiols 1995; Flisher, 1999; Laederach, Fischer, Bowen y Ladame, 1999) señalan a la depresión como uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida. Asimismo, cuando evaluamos la conducta suicida en la infancia debemos tener en cuenta el grado de conocimiento que tiene el niño de la muerte, ya que si este conocimiento es incorrecto o insuficiente, resulta arriesgado juzgar como suicidio un acto que acaso no lo sea, por no existir la voluntad expresa de quitarse la vida (Polaino, 1988).

Si bien es poco probable que los niños realicen conductas suicidas de mayor severidad antes de los 12 años, la detección precoz de la ideación suicida puede constituir una medida eficaz para la prevención de las tentativas y el suicidio consumado en edades de mayor riesgo, como la adolescencia o la juventud.

El objetivo de este estudio es analizar la severidad de la ideación suicida evaluada a partir de la información proporcionada por el C.D.I. (Children's Depression Inventory) (Kovacs, 1983). y confir-

Correspondencia: Ferran Viñas
Departamento de Psicología
Universitat de Girona
17071 Girona (Spain)
E-mail: ferram.vinas@udg.es

mada, un mes más tarde, a través de la entrevista semiestructurada C.D.R.S.-R. (Children's Depression Rating Scale - Revised) (Poznanski, Grossman, Buchbaum, Banegas, Freeman y Gibbons, 1984).

Método

Participantes

En una primera fase participaron 361 alumnos (181 niños y 180 niñas) de edades comprendidas entre los 8 y 12 años y pertenecientes a centros públicos y privados de Enseñanza General Básica de la comarca del 'Gironès' (Girona). Para la selección de esta muestra se utilizó la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, siendo el aula el conglomerado. Además se estratificó por zona geográfica (rural, menos de 2000 habitantes; semiurbana, entre 2000 y 10000 habitantes, y urbana, más de 10000 habitantes), y curso (3º, 4º y 5º de E.G.B.). La muestra obtenida se correspondía con el 7,8% de la población estudiada, con una participación del 98,37% de los alumnos previamente seleccionados.

En una segunda fase se estudiaron 48 alumnos con ideación suicida más un grupo control constituido por 48 alumnos seleccionados al azar de entre los que no presentaron ideación suicida en la fase anterior.

Instrumentos

Evaluación de la sintomatología depresiva

En la primera fase de este estudio la sintomatología depresiva se evaluó mediante el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1983). Se trata de un cuestionario conductual tipo autoinforme que valora la sintomatología depresiva en niños de 8 a 17 años. Consta de 27 ítems, cada uno de los cuales tiene tres posibles respuestas alternativas, de las que el niño debe señalar aquella que describe mejor su situación durante las dos últimas semanas. Las puntuaciones en cada ítem oscilan entre 0 y 2 según la gravedad del síntoma evaluado. En este estudio se ha utilizado la versión catalana realizada por la División de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Las propiedades psicométricas de esta versión son aceptables, con una probada consistencia interna ($\alpha = .75$) y correlaciones moderadas con otras medidas de depresión (Monreal, 1988).

En una segunda fase se evaluó la sintomatología depresiva mediante la Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) (Poznanski, Grossman, Buchbaum, Banegas, Freeman y Gibbons, 1984).

Se trata de una entrevista semiestructurada, que consta de 18 ítems y cuyo principal objetivo es valorar la severidad de la depresión en niños de 6 a 12 años. De los 18 ítems de que consta la escala, cuatro evalúan la conducta del niño durante la entrevista, y los 14 restantes informan del estado afectivo del niño. La duración de la entrevista oscila entre 20 y 30 minutos dependiendo de la gravedad de la sintomatología del niño evaluado. A mayor gravedad, mayor será la duración de la entrevista. En este estudio se utilizó la versión castellana (traducción provisional) del Dr. Toro.

Evaluación de la ideación suicida.

En la primera fase la ideación suicida se evaluó a partir de las respuestas dadas en el ítem 9 del C.D.I.. Este ítem tiene tres posi-

bles respuestas: «No pienso en matarme» (ausencia de ideación suicida), «Pienso en matarme, pero no lo haría» (ideación suicida) y «Quiero matarme» (intencionalidad suicida). Las puntuaciones obtenidas en este ítem, de 0 a 2 según la gravedad, permiten detectar y conocer la severidad de la ideación suicida autoinformada.

En la segunda fase, las respuestas dadas en el ítem 13 de la C.D.R.S.-R, permitieron verificar la persistencia de la ideación suicida. Este ítem incluye preguntas tales como «¿Sabes que significa la palabra suicidio?», «¿Has pensado alguna vez en hacerlo?», «¿Cuándo?», «¿Cómo has pensado hacerlo?», «¿Has dicho alguna vez que te gustaría matarte aunque no quisieras decir eso?» o «¿Has intentado matarte alguna vez?». En función de la información proporcionada por el niño se le otorga una puntuación que oscila entre 1 y 7. Las puntuaciones elevadas reflejan una mayor presencia del síntoma.

Evaluación del conocimiento intelectual de la muerte

Mediante la Entrevista estructurada del Concepto de Muerte (Viñas, 1990), se evaluó el nivel de comprensión de los tres subconceptos que se consideran básicos para que el niño tenga una percepción real de la muerte: universalidad (la muerte acontece en todo ser vivo), irreversibilidad (es un proceso irreversible) y cesación de los procesos corporales o disfuncionalidad (tras la muerte desaparece la actividad corporal).

Evaluación del nivel intelectual

Con la finalidad de conocer la posible influencia de esta variable en los datos analizados, se evaluó el nivel intelectual a partir de las puntuaciones obtenidas en los subtest de cubos, semejanzas y comprensión de la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC).

Procedimiento

Se partió de la población escolarizada de 3º, 4º y 5º curso de E.G.B. de la comarca del Gironés. Después de obtener una muestra representativa y en una primera fase, se identificaron los casos a partir de las puntuaciones obtenidas en el ítem 9 del C.D.I.. Este instrumento se administró colectivamente por aulas a excepción de aquellos niños que no tenía una buena comprensión lectora. En estos casos se administró individualmente. El tiempo de aplicación osciló entre 10 y 20 minutos.

Un mes más tarde, y en una segunda fase, los niños que autoinformaron ideación suicida (menos uno que no pudo ser localizado) así como los del grupo control, fueron entrevistados mediante la C.D.R.S.-R. (Poznanski, Grossman, Buchbaum, Banegas, Freeman y Gibbons, 1984) y el cuestionario del concepto de muerte. Además se les administró la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC). Tanto las entrevistas como el WISC fueron administrados por un psicólogo clínico, aplicándose en tres sesiones distintas, una para cada instrumento.

Resultados

De los 361 sujetos evaluados en la primera fase, 37 (10,25%) señalaron la opción correspondiente a «quiero matarme pero no lo haría» (ideación suicida) y 12 (3,32%) la tercera: «quiero matarme» (intencionalidad suicida). Solo 2 (0,55%) dejaron la pregunta sin

contestar. El resto, 310 (85,87%) señalaron la primera opción del ítem 9: «no pienso en matarme» (ausencia de ideación suicida).

Tal como se puede apreciar en la tabla n. 1, a medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de alumnos con intencionalidad suicida y a la vez se incrementa progresivamente el porcentaje de escolares con ideación suicida. No obstante, estas variaciones no alcanzan la significación estadística ($\chi^2_{(2)}=4,48$; $p=.107$). Asimismo, algo más de la mitad de los casos que autoinformaron intencionalidad suicida (58%) se concentraron en el grupo de edad igual o inferior a los 8 años. Por sexos, se observa una mayor proporción de niños con ideación suicida o intencionalidad suicida. Concretamente, el 59,5% de los escolares con ideación suicida y el 63,6% con intencionalidad suicida son niños. Sin embargo, esta mayor proporción de niños tanto con ideación como con intencionalidad suicida no es estadísticamente significativa ($\chi^2_{(1)}=1,32$; $p=.25$; $\chi^2_{(1)}=.82$; $p=.37$).

Por otra parte, los niños y niñas con intencionalidad suicida, a diferencia de sus compañeros del grupo control y de los que sólo

presentan ideación suicida, obtienen puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (CDI: $F_{(95)}=9,77$; $p<.001$; CDRS-R: $F_{(95)}=8,95$; $p<.001$). Cuando consideramos las puntuaciones de la CDRS-R, este incremento de la sintomatología depresiva solo se observa en aquellos alumnos que además de presentar intencionalidad suicida, la mantienen (véase la tabla n°2). Si realizamos un contraste en el que comparamos la sintomatología depresiva, medida tanto con el CDI como con la CDRS-R, entre los sujetos sin ideación suicida y con ideación suicida pero sin intencionalidad, observamos que los niños del grupo control obtienen puntuaciones inferiores alcanzando la significación estadística solamente en el caso de la CDRS-R ($t_{(83)}=-1,238$; $p=.22$; $t_{(83)}=-3,116$; $p<.01$).

La ideación suicida persiste, transcurrido un mes, en el 83,8% de los casos de menor severidad, mientras que en el grupo de mayor severidad (intencionalidad suicida) solo se mantiene en el 54,5% ($\chi^2_{(1)}=2,62$; $p=0,1$). Esta diferencia no alcanza, por tanto, la significación estadística ya que la probabilidad es superior al nivel de confianza exigido (inferior al 0,05). Por sexos, la ideación

Tabla 1
Distribución de la muestra en función de la edad, el sexo y las respuestas dadas en el ítem 9 del C.D.I.

Edad	8 años			9 y 10 años			11 o más años			
Respuesta	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	TOTAL
No pienso en matarme	34 (79,1%)	37 (86,0%)	71 (82,6%)	91 (85,1%)	103 (91,2%)	194 (88,2%)	24 (82,8%)	21 (87,5%)	45 (84,9%)	310 (86,4%)
Pienso en matarme, pero no lo haría	5 (11,6%)	3 (7,0%)	8 (9,3%)	13 (12,1%)	9 (8,0%)	22 (10%)	4 (13,8%)	3 (12,5%)	7 (13,2%)	37 (10,3%)
Quiero matarme	4 (9,3%)	3 (7,0%)	7 (8,1%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	4 (1,8%)	1 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	12 (3,3%)
TOTAL	43 (100%)	43 (100%)	86 (100%)	107 (100%)	113 (100%)	210 (100%)	29 (100%)	24 (100%)	53 (100%)	359 (100%)

Tabla 2
Distribución de la muestra en función de la severidad de la ideación suicida autoinformada, su persistencia, medias y desviaciones estándar en el C.D.I. y la C.D.R.S.

	Control n=48	Ideación suicida		Intencionalidad suicida	
		Persistencia n= 31	Sin persistencia n=6	Persistencia n=6	Sin persistencia n=5
C.D.I.	10,45 (d.t.:5,2)	11,8 (d.t.:5,3)	12,17 (d.t.:4,9)	19,0 (d.t.:6,4)**	19,2 (d.t.:13,6)**
C.D.R.S.	24,00 (d.t.:6,3)	29,2 (d.t.:8,5)	27,00 (d.t.:4,5)	41,2 (d.t.:13,9)**	26,2 (d.t.:7,7)

Nota: Tanto en el C.D.I. como en la C.D.R.S. no se han computado las puntuaciones correspondientes a la ideación suicida (ítem 9 y 13 respectivamente).
* $p<.01$; ** $p<.001$.

Tabla 3
Severidad de la ideación suicida autoinformada en función de la edad, persistencia y conocimiento intelectual de la muerte

Grupo	Control				Ideación suicida				Intencionalidad suicida			
	8 años	9 y 10 años	11 o más años	Total	8 años	9 y 10 años	11 o más años	Total	8 años	9 y 10 años	11 o más años	Total
Conocimiento intelectual de la muerte												
Real	3	8	0	11	3 (1/2)	11 (11/0)	3 (3/0)	17 (15/2)	3 (2/1)	0 (0/0)	0 (0/0)	3 (2/1)
Poco Real	8	26	3	37	5 (4/1)	11 (8/3)	4 (4/0)	20 (16/4)	3 (0/3)	4 (4/0)	1 (0/1)	8 (4/4)

(a/b): persistencia (a) / no persistencia (b)

suicida se mantiene en el 80% de las niñas y en el 86,36% de los niños y la intencionalidad en el 75% de las niñas y en el 42,86% de los niños previamente identificados.

Cuando valoramos el conocimiento intelectual de la muerte, se observa que solamente 2 de los alumnos con intencionalidad suicida (18%) tienen una percepción real de la muerte. Por el contrario, el 40,5% de los alumnos con ideación suicida entiende que la muerte es un evento que afecta inevitablemente a todo ser vivo, que es un proceso irreversible y que además conlleva necesariamente el cese de toda la actividad corporal. Asimismo, casi la mitad de los alumnos identificados en la primera fase y en los que además persiste la ideación o la intencionalidad suicida (45,9%), tiene una percepción de la muerte similar a la del adulto. Si comparamos los escolares del grupo control con los que manifiestan ideación suicida o intencionalidad suicida, observamos que los niños del grupo control tienen menos adquirido el concepto de muerte no alcanzado por muy poco la significación estadística requerida ($\chi^2_{(2)}=5,2$; $p=.07$). Son los niños y niñas del grupo con ideación suicida los que tienen una percepción más real de la muerte.

Finalmente, no se ha hallado ninguna influencia de la variable inteligencia en estos resultados.

Discusión

Estos datos ponen de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva. Esta alteración del estado ánimo es todavía mayor en los sujetos en los que además persiste la intencionalidad suicida. En consecuencia las puntuaciones elevadas en el ítem 9 del CDI se corresponden con una mayor severidad de la conducta suicida si consideramos como criterio el estado de ánimo alterado. No obstante, una puntuación alta en este ítem no se corresponde necesariamente con una mayor persistencia. Teniendo en cuenta que la persistencia de los deseos de morir es un buen indicador del riesgo de suicidio, la mayor presencia de sintomatología depresiva en aquellos escolares que mantienen la intencionalidad suicida avala la idea de una mayor severidad. En consecuencia pueden constituir un grupo de riesgo. Sin embargo, estos datos también sugieren, si consideramos la mayor prevalencia de la intencionalidad suicida a los 8 años, la posibilidad de que a esta edad el ítem 9 del C.D.I. quizás no permita discriminar los niveles de gravedad, ya que es precisamente en este grupo de edad en el que se observa una menor persistencia. Por otra parte, esta hipotética dificultad en la discriminación entre ideación e intencionalidad suicida a los 8 años permitiría explicar el incremento paulatino de la ideación en edades posteriores que a su vez está asociado a una disminución progresiva de la intencionalidad suicida.

A pesar de que la conducta suicida aparece consistentemente asociada con la depresión algunos de los escolares evaluados obtuvieron puntuaciones en el C.D.I. y en la C.D.R.S. cercanas a la media o incluso por debajo de ésta, lo que evidencia la ausencia de sintomatología depresiva en estos casos. Este dato confirma, como ya otros autores han apuntado (Carlson y Cantwell, 1982) que al-

gunos sujetos pueden desarrollar conductas suicidas en ausencia de sintomatología depresiva. Y es que, a pesar de que la conducta suicida es un síntoma de la depresión y de que ésta constituye un importante factor de riesgo, no es imprescindible su presencia para que aparezca la conducta suicida. Incluso, se está planteado recientemente la necesidad de proponer una nueva categoría diagnóstica en el D.S.M.-IV, separada de la depresión, que se denominaría trastornos suicidas en la niñez y la adolescencia. Dicha categoría incluiría tanto a la ideación suicida como a las conductas autolesivas (Wicks-Nelson y Israel, 1997). En definitiva, todo ello apunta a la necesidad de tomar en consideración que la conducta suicida no siempre está vinculada a una alteración del estado de ánimo u otro trastorno mental.

Otro aspecto a destacar de este estudio es la mayor proporción hallada de niños con ideación o intencionalidad suicida. Este resultado difiere de los datos aportados por otros estudios en población escolar española en los que la tasa de prevalencia es mayor en las niñas (Domènech-Llaberia, Canals y Fernández-Ballart, 1992; Domènech-Llaberia, Aliaga, Comellas, Mitjavila, Obiols y Gras, 1995), y confirma que en la provincia de Girona hay más niños que niñas con ideación o intencionalidad suicida. En un estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva en escolares de 9 a 11 de la provincia Girona (Monreal, 1988) se halló, a partir de las respuestas dadas en el ítem 9 de Children's Depression Inventory, una mayor tasa en niños.

Por otra parte, la ideación suicida no parece estar asociada a un bajo nivel intelectual. Si bien es cierto que existe una relación significativa entre psicopatología y bajo nivel intelectual, en el caso de la ideación suicida no se observa. Este resultado concuerda con otros estudios (Asarnow, Carlson y Guthrie, 1987; Asarnow, 1992). Además, la depresión, que frecuentemente acompaña a la ideación suicida, tampoco se relaciona con un bajo nivel intelectual como se ha comprobado recientemente en una muestra de escolares españoles de edades similares a las de nuestro estudio (Rivas, Vázquez y Pérez, 1995).

En cuanto al concepto de muerte, destaca que los niños con ideación suicida tengan una un conocimiento mas realista de la muerte. Si bien algunos autores (Orbach y Glaubman, 1974; Orbach, Carlson, Feshbach y Ellenberg, 1984; Orbach, 1988) describen distorsiones cognitivas tales como la posibilidad de volver a la vida después de la muerte, en niños y adolescentes que han llevado a cabo una tentativa de suicidio, no parece que estas se den en los niños que presentan niveles de severidad inferiores, como es el caso de la ideación suicida. Así pues, la idea popular de que los niños que desean o quieren morir tienen un desconocimiento real de la muerte parece ser falsa. Más bien al contrario, es decir, estos niños parecen tener un concepto de la muerte más realista. No obstante, los datos concernientes a la intencionalidad suicida, en los que la mayoría de los escolares incluidos en esta categoría presentan un conocimiento poco real de la muerte, sugieren la necesidad de valorar el concepto de muerte siempre que evaluemos la conducta suicida y su severidad en niños de edades inferiores a los 11 años.

Referencias

- Asarnow, JR. (1992) Suicidal Ideation and Attempts During Middle Childhood: Associations With Perceived Family Stress and Depression Among Child Psychiatric Inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 35-40.
- Asarnow, J.R., Carlson, G.A. y Guthrie, D. (1987) Coping Strategies, Self-Perceptions, Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Canino, I. A. (1999). *Suicidio en la Adolescencia*. Conferencia pronunciada en el II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Murcia.
- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 361-368.
- Domènech, E., Canals, J. y Fernández-Ballart, J. (1992) Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: a three-year follow-up study of a pubertal population. *Personality and Individual Differences*, 13, 1.055-1.057.
- Domènech, E., Aliaga, J., Comellas, J.M., Mitjavila, M., Obiols, J. y Gras, M.E. (1995) Ideació Suïcida en els adolescents de 13 a 15 anys a Barcelona. *Revista de la Real Academia de Medicina de Catalunya*, 10, 37-44.
- Diekstra, R.F., Kienhorst, C.W.M. y Wilde, E.J. (1995). Suicide and Suicidal Behaviour Among Adolescents. En M.Rutter y D.J. Smith (Eds.). *Psychosocial Disorders in Young People. Time trends and their causes* (pp. 686-753). Chichester: John Wiley and Sons.
- Flisher, A.J. (1999) Mood disorder in suicidal children and adolescents: Recent developments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 315-324.
- Hoberman, H.M. y Garfinkel, B.D. (1988) Completed Suicide in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 689-695.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript. University of Pittsburgh.
- Laederach, J., Fischer, W., Bowen, P. y Ladame, F. (1999) Common Risk Factors in Adolescent Suicide Attempts Revisited. *Crisis*, 20, 15-22.
- Monreal, P. (1988). *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: Análisis de algunos factores individuales y psicosociales*. Tesis Doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Marciano, P. L. y Kazdin, A. (1994) Self-Esteem, Depression, Hopelessness, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 151-160.
- Myers, K., McCauley, E., Calderon, R. y Treder, R. (1991) The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 804-810.
- Orbach, I., Carlson, G., Feshbach, S. y Ellenberg, L. (1984) Attitudes Toward Life and Death in Suicidal, Normal, and Chronically Ill Children: An Extended Replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1.020-1.028.
- Orbach, I. y Glaubman, H. (1978) Suicidal, Aggressive, and Normal Children's Perception of Personal and Impersonal Death. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 850-857.
- Orbach, I. (1988) *Children who don't want to live*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pfeffer, C.R., Lipkins, R., Plutchik, R. y Mizruchi, M. (1988) Normal Children at Risk for Suicidal Behavior: A Two-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 34-41.
- Polaino, A. (1988) *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Poznanski, E.O., Grossman, J.A., Buchbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L. y Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 191-197.
- Rivas, M., Vázquez, J.L. y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Runeson, B. (1989) Mental disorder in youth suicide. DSM II-R Axes I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 490-497.
- Taylor, E.A. y Stansfeld, S.A. (1984) Children who Poison Themselves I. A Clinical Comparison with Psychiatric Controls. *British Journal of Psychiatry*, 145, 127-135.
- Vélez, C.N. y Cohen, P. (1987) Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 349-356.
- Viñas, F. (1990). *El concepto de muerte en el niño de 6 a 8 años*. U.A.B. Trabajo de investigación no publicado.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Wilde, E.J.; Kienhorst, I.C. y Diekstra, R.F. (1996). El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía, (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (pp. 309-332) Madrid: Ediciones Pirámide.

Aceptado el 18 de febrero de 2000